

# 問 診 票

介護保険の要介護認定に必要な「主治医意見書」を正確に作成するため、ご協力をお願いします。

日頃のご様子や状況を分かる範囲でご記入いただき、平塚共済病院  
入院中の病棟 又は 受診中の外来窓口 までご提出ください。

記入日 年 月 日

平塚共済病院

患者氏名	性別	生年月日
	男・女	明・大・昭 年 月 日
記入者氏名	患者との続柄	
記入者電話番号	事業所名 ※ケアマネージャー等が記入する場合	
同意欄	※ケアマネージャー等が記入者の場合にご本人またはご家族が内容を確認のうえ署名をしてください。	

今回の介護保険申請について教えてください。	更新・区分変更の場合は現在の介護度に☑してください。
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
他に受診している診療科はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (はいの場合は全てに☑してください)
<input type="checkbox"/> 内科 ( ) <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 心身医療科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
生活や介護を行う上で、困っていることを教えてください。	
<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 物忘れの進行 <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> ベッドを借りたい <input type="checkbox"/> 家を整えたい <input type="checkbox"/> その他 ( )	
希望する介護保険を利用したサービスはありますか？ (利用することで問題を解決できるものに☑してください)	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( )	

●病気・病状について

主に介護が必要になった原因の病名は何ですか？ 年月日はおおよそでも構いません。			
傷病名	いつ頃	年 月	日頃・不明
上記の他に今までにかかった大きな病気などについてご記入ください。年月日はおおよそでも構いません。			
傷病名	いつ頃	年 月	日頃・不明
傷病名	いつ頃	年 月	日頃・不明
この6ヶ月で入院したり、病状に変化はありましたか？			
<input type="checkbox"/> 病状は安定 <input type="checkbox"/> 病状は不安定 <input type="checkbox"/> 不明 ※不安定と答えられた方いつ頃から、どんな具合ですか？			
年 月	日頃から	どんな具合 ( )	

●日常生活の自立度について

からだの状態（寝たきり度）に近いものはどれですか？（当てはまるもの一つだけに☑してください）	
<input type="checkbox"/> O	からだの不自由さはありません。
<input type="checkbox"/> J1	少しからは不自由であるが、日常生活はほぼ自立。電車やバスを利用して一人で外出できる。
<input type="checkbox"/> J2	少しからは不自由であるが、日常生活はほぼ自立。近所なら買い物や老人会の外出ができる。
<input type="checkbox"/> A1	日中はベッドから出て生活しており、誰かの介助があれば外出できる。
<input type="checkbox"/> A2	日中も寝たり起きたりの生活をしており、介助があってもまれにしか外出しない。
<input type="checkbox"/> B1	ベッドに腰掛けることができるが、日常生活には介助が必要。車椅子に一人で移乗でき、食事やトイレはベッドから離れて行える。
<input type="checkbox"/> B2	ベッドに腰掛けることができるが、日常生活には介助が必要。介助がないと車椅子に移乗できず、食事やトイレも介助が必要。
<input type="checkbox"/> C1	一日中ベッドの上で過ごし、食事、トイレ、着替えの時も介助が必要。自分で寝返りをうつことができる。
<input type="checkbox"/> C2	一日中ベッドの上で過ごし、食事、トイレ、着替えの時も介助が必要。介助がないと寝返りをうつことができない。
物忘れの程度（認知症状）に近いものはどれですか？（当てはまるもの一つだけに☑してください）	
<input type="checkbox"/> O	物忘れはありません。
<input type="checkbox"/> I	少し物忘れがあるが、日常生活はほぼ自立している。
<input type="checkbox"/> IIa	道に迷う、金銭の管理ができないなどの症状があるが誰かが注意していれば生活できる。
<input type="checkbox"/> IIb	薬の管理ができない、電話や訪問者との対応ができないなど、一人で留守番ができない。
着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等の状態が見られる。（下段から選択）	
<input type="checkbox"/> IIIa	主に日中に見られる。
<input type="checkbox"/> IIIb	主に夜間に見られる。
<input type="checkbox"/> IV	昼夜問わず見られ常に介護が必要。
<input type="checkbox"/> M	せん妄、妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患が見られ、専門医療を要する。

●理解および記憶について

つい先ほどのことをすぐに忘れてしまうことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
日常生活で、物事を自分で決める（判断する）ことができますか？		
<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> いくらか困難（新しい出来事や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある）	
<input type="checkbox"/> 見守りが必要（毎日の日課をこなすにも合図や見守りが必要）	<input type="checkbox"/> 判断できない	
自分の意思や考えを他の人に伝えられますか？		
<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難（言葉を選んだり考えをまとめるのに多少の困難がある）	
<input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる（飲食、睡眠、トイレ等の基本的な要求に限られる）	<input type="checkbox"/> 伝えられない	

●問題行動の有無について

次に該当する問題行動はありますか？（当てはまるもの全てに☑してください）	
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴（実際にはないものや人が見えたり、聞こえたりする）	
<input type="checkbox"/> 幻想（物やお金を盗られたと言ったりする）	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転（夜間眠れずに日中の生活に影響がある）
<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行
<input type="checkbox"/> 介護への抵抗（介護者の助言や介護に抵抗し介護に支障がある）	
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 火の不始末（火の始末や管理ができない）
<input type="checkbox"/> 不潔行為（便や尿を触ったりする）	
<input type="checkbox"/> 異食行動（本来食べられないものを口に入れたりする）	<input type="checkbox"/> 性的問題行動（周囲が迷惑するような性的な行動）
<input type="checkbox"/> その他(	)

